N° 11.

ESSAI

SUR LES VICES DE CONFORMATION

DU BASSIN,

LEURS OBSTACLES A L'ACCOUCHEMENT, ET LES MOYENS D'Y REMÉDIER ;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 janvier 1820, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR JULIEN BIDAULT, né à Ollivet,

Département de la Mayenne.

C'est elle qui neuf mois, dans son flanc douloureux,
Porte un fruit de l'hymen ; trop souvent malheureux,
Et sur un lit cruel, long-temps évanouie,
Mourante, le dépose aux portes de la vie.

LEGOUVÉ, *Mérite des femmes.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1820.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, DOYEN.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER, *Examinateur.*
M. CORVISART.
M. DEYEUX, *Examinateur.*
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX, *Président.*
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD, *Examinateur.*
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798 l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Chers parens, trop nombreux sont les titres que vous avez à ma reconnaissance pour que je puisse m'acquitter envers vous. Mon unique but, en vous offrant ce faible hommage, a été de vous témoigner le désir que j'ai de publier vos bienfaits, et de vous assurer que ma tendresse et ma piété filiale n'auront d'autre terme que celui de ma vie.

A MON FRÈRE,

ET A MES SŒURS.

Compagnons de mon enfance, et que l'âge fit mes protecteurs !..... mes meilleurs amis, votre tendresse pour moi fut trop signalée pour qu'en ce jour solennel je manque au devoir sacré de l'amour fraternel. Recevez le premier tribut de ma reconnaissance, et les vœux que je forme pour qu'une amitié durable resserre les liens qui nous ont rendus frères.

J. BIDAULT.

ESSAI

SUR LES VICES DE CONFORMATION

DU BASSIN,

LEURS OBSTACLES A L'ACCOUCHEMENT, ET LES MOYENS D'Y REMÉDIER.

L'ACCOUCHEUR doit apporter la plus grande attention dans l'examen des vices de configuration du bassin, puisqu'il est chargé, tantôt de prononcer si une femme qui veut s'engager dans les liens du mariage est capable de remplir le vœu de la nature sans compromettre son existence, tantôt de rassurer un mari alarmé sur le sort de son épouse en couches, et de trouver les moyens d'aider la nature, ou de suppléer à ses efforts.

Je diviserai ma dissertation en plusieurs sections. Dans la première, je parlerai du bassin en général; je dirai les conditions nécessaires pour sa bonne conformation. Dans la seconde, je décrirai les vices de configuration et les obstacles qui empêchent l'accouchement heureux et facile. Dans la troisième, enfin, je donnerai les moyens d'y remédier.

SECTION PREMIÈRE.

Le bassin est formé par la réunion des deux os des îles, du sacrum et du coccyx; il est situé au-dessous du rachis, dont il forme la base, et au-dessus des membres abdominaux, avec lesquels il s'articule.

Les os du bassin sont unis entre eux par des articulations serrées et immobiles dans l'état ordinaire, auxquelles on a donné le nom de *symphyses.*

Formé comme je viens de le dire, le bassin a été divisé en grand et petit. Le grand, évasé sur les côtés, offre en devant une échancrure large et profonde, en arrière la saillie sacro-vertébrale, et sur les côtés les deux fosses iliaques. Il présente une largeur de neuf pouces six lignes de l'épine supérieure et antérieure de l'ilium d'un côté à l'autre, dix pouces six lignes d'étendue du milieu de la crête de l'ilium au côté opposé; une étendue de six à sept pouces d'avant en arrière, en comptant l'espace qui sépare chaque épine de la colonne épinière lombaire. La hauteur des fosses iliaques, mesurée du milieu de la crête de l'ilium à la marge du détroit abdominal, est de trois pouces quatre lignes.

Le petit bassin, qui porte aussi le nom d'*excavation*, est le seul vraiment utile à connaître. C'est là que se passent les phénomènes les plus importans du mécanisme de l'accouchement. C'est aussi contre ces difficultés que le médecin-accoucheur déploie les moyens les plus puissans de l'art : sous ce rapport, sa connaissance approfondie devient donc nécessaire pour remédier aux désordres qu'entraîne sa mauvaise conformation. On considère au petit bassin deux détroits; l'un supérieur ou abdominal, presque elliptique, qui est circonscrit par la base du sacrum, les os des îles, et les branches horizontales du pubis; le second est appelé *inférieur* ou *périnéal*; il a une forme ovale; il est circonscrit par le coccyx, les ligamens sacro-sciatiques, et les branches de l'ischion. Pour mieux

apprécier les dimensions de ces détroits, les accoucheurs ont admis plusieurs diamètres. Au détroit supérieur le diamètre sacro-pubien est en général de quatre pouces. Le diamètre qui passe transversalement d'un côté à l'autre du détroit a cinq pouces deux lignes détendue. Les deux autres, appelés *obliques*, s'étendent diagonalement de l'une des cavités cotyloïdes à la symphyse sacro-iliaque opposée ; ils ont chacun quatre pouces six lignes.

L'axe du détroit supérieur mérite de la part du médecin la plus grande attention ; il est dirigé de haut en bas, et d'avant en arrière, suivant une ligne idéale qui s'étendrait de l'ombilic à l'extrémité inférieure du sacrum.

On remarque également quatre diamètres au détroit périnéal. Celui qui va d'une tubérosité de l'ischium à l'autre, appelé *ischiatique*, est immuable dans ses dimensions ; on lui compte quatre pouces d'étendue. Le coccy-pubien, qui se mesure de la pointe du coccyx à la partie inférieure du pubis, n'a, dans l'état ordinaire, que quatre pouces ; mais, par la rétropulsion du coccyx, il gagne six lignes, ce qui le porte à quatre pouces et demi lors de la sortie de la tête. Les deux diamètres obliques, qui s'étendent de la branche ischio-pubienne, d'un côté, au ligament sacro-ischiatique de l'autre côté, offrent quatre pouces d'étendue.

L'arcade du pubis, arrondie en haut, large de quinze à dix-huit lignes, augmente insensiblement en descendant, et offre trois pouces six lignes. Sa hauteur est d'un pouce et demi à deux pouces.

L'axe du détroit inférieur se dirige d'arrière en avant, suivant une ligne idéale, dont l'extrémité supérieure traverserait la base du sacrum, et l'inférieure passerait au centre de la vulve. Il résulte de là que les deux axes se croisent dans l'excavation en faisant un angle obtus.

Les dimensions que nous venons d'indiquer ne sont point arbitraires ; elles sont avouées par la nature. Ne voyons-nous pas en effet, si nous examinons la tête d'un enfant naissant, qu'elle n'a

point une forme sphérique, qu'elle offre au contraire un ovale légèrement aplati en différens sens. Les auteurs distinguent plusieurs diamètres qui ont une étendue différente ; l'occipito-frontal a quatre pouces trois lignes d'étendue, l'occipito-mentonnier cinq pouces, le pariétal et le sphéno-bregmatique trois pouces et demi.

On doit remarquer aussi, d'après l'estimation des diamètres du bassin, que le plus long du détroit périnéal répond au plus court du détroit abdominal ; cette disposition explique la nécessité où est la tête d'exécuter un mouvement de rotation pour présenter sa plus grande longueur au diamètre coccy-pubien. Notre intention n'est point de nous occuper de l'accouchement naturel, passons à l'examen de l'excavation.

L'excavation du bassin est également importante à connaître. On compte ordinairement, de la base du sacrum à sa pointe, quatre à cinq pouces ; un pouce six lignes pour la hauteur de la symphyse ; de l'éminence ilio-pectinée à la tubérosité ischiatique, on obtient trois pouces et demi. Cette excavation est modifiée par la courbure du sacrum, qui n'est pas la même chez toutes les femmes.

Que d'avantages pour la femme apporte une conformation si heureusement combinée ! Il serait bien doux d'annoncer cette règle comme générale ; mais trop souvent on a la douleur de rencontrer des femmes dont la mauvaise conformation du bassin rend nécessaires des opérations sanglantes, et souvent mortelles.

Avant de parler des principaux vices de conformation, voyons s'il existe des signes extérieurs, à l'aide desquels on puisse les reconnaître. En examinant une femme, le médecin instruit en anatomie peut, jusqu'à un certain point, juger de la bonne ou mauvaise conformation ; la rondeur des hanches, leur égalité en hauteur et en largeur, la convexité peu prononcée mais bien arrondie du pubis, la dépression légère de la base du sacrum, une étendue de cinq à six pouces du centre de cettedé pression à la pointe du coccyx ; enfin

huit à neuf pouces d'écartement des épines supérieure et antérieure des os ilium. Ces signes, que tout accoucheur doit parfaitement connaître, et qui semblent au premier coup-d'œil suffire, peuvent cependant conduire à l'erreur. Jamais, en effet, ces signes extérieurs, seuls, ne pourront nous donner la connaissance exacte des diamètres ; ce qui cependant est nécessaire, puisque c'est le seul moyen de s'assurer quelle sera la terminaison de l'accouchement.

Les accoucheurs, ayant donc reconnu l'insuffisance de ces signes, ont été conduits à en rechercher de plus positifs : ils ont, à cet effet, imaginé deux instrumens qui se partagent la préférence des auteurs. Le compas d'épaisseur de *Beaudelocque* est cependant généralement préféré, non-seulement parce qu'il ne cause pas de douleur, mais parce que son application à l'extérieur et très-facile et commode, sur les vierges comme sur les femmes mariées. Le pelvimètre de *Contouly* se développe à l'intérieur ; il n'est pas d'une exactitude plus rigoureuse que le précédent; son introduction dans le bassin est difficile, à cause de la résistance que lui offrent les parties molles, d'où résultent quelquefois des douleurs très-grandes ; en outre, la branche qui s'applique sur l'angle sacro-vertébral est sujette à glisser. Enfin, qui oserait s'en servir chez les jeunes filles? Si j'avais un choix à faire sur ces deux instrumens, je préférerais le compas d'épaisseur de *Beaudelocque*.

Pour mesurer un bassin, on fait mettre la femme dans une position convenable ; on applique les extrémités lenticulaires des branches du compas, l'une sur le milieu de la base du sacrum, et l'autre sur la symphyse du pubis. Chez une femme bien conformée on obtiendra sept pouces, desquels il faut défalquer six lignes pour la symphyse, et deux pouces et demi pour le sacrum ; il reste quatre pouces pour ce diamètre. Pour avoir l'étendue du diamètre transversal, on place les branches du compas, de la partie la plus saillante, d'une hanche à l'autre : on doit trouver onze pouces six lignes ; six pouces six lignes sont déduits pour les parties

molles et l'étendue des fosses iliaques ; cinq pouces restent donc pour la mesure. Quant aux diamètres obliques, difficiles à mesurer, M. *Gardien* conseille de porter une des branches du compas d'épaisseur sur un des grands trochanters, et l'autre sur la partie postérieure de la symphyse iliaque externe ; on obtient neuf pouces, desquels, retranchant quatre pouces six lignes, il reste quatre pouces six lignes pour les diamètres obliques.

Pour avoir la mesure des diamètres du détroit périnéal, on se sert plus commodément du doigt. Ils sont en raison inverse de ceux du détroit précédent, c'est-à-dire, toutes les fois que le détroit supérieur est trop étroit, l'inférieur est trop large, et *vice versâ*. Pour mesurer le diamètre coccy-pubien, on porte le doigt indicateur sur la pointe du coccyx, qu'on repousse en arrière ; on élève ensuite le doigt jusque sous la symphyse, et on a de cette manière l'étendue, qui est de quatre pouces six lignes. L'espace compris entre les deux tubérosités ischiatiques, ou diamètre transversal, est ordinairement de quatre pouces : pour les diamètres obliques, même étendue. On connaît la profondeur du bassin par la longueur du sacrum et du coccyx postérieurement ; pour les côtés, on prend la moitié de la ligne qui naît de l'épine supérieure et antérieure à la tubérosité ischiatique du même côté.

Quoique les symphyses du bassin soient maintenues immobiles, dans l'état ordinaire, par des ligamens très-forts et très-nombreux, il est certain qu'ils acquièrent de la mobilité vers les derniers mois de la grossesse. Ces ligamens participent aux changemens généraux de l'économie ; il s'y fait un afflux de liquide qui les ramollit et leur donne de la souplesse. Ce phénomène, qui s'observe chez presque toutes les femmes immédiatement après l'accouchement, devient d'autant mieux sensible, qu'elles sont plus éloignées de l'époque de l'accouchement ; c'est sans doute pour cette raison que quelques auteurs ont cru que l'accouchement ne pouvait avoir lieu sans ce relâchement ; que d'autres, au contraire, n'ont vu dans ce changement qu'un état maladif ; que quelques-uns enfin ont été jusqu'à

en nier la possibilité. Je crois, comme M. *Thouret* le dit dans son mémoire sur la symphysotomie, et comme nous l'a très-souvent démontré dans ses savantes leçons M. le professeur *Chaussier*, que, de toutes ces opinions, la seule admissible est la première. L'autopsie a démontré ce relâchement sur un grand nombre de cadavres de femmes mortes en couches. Maintenant que nous connaissons les parties les plus essentielles du bassin, les dimensions qu'il doit avoir pour être propre à livrer passage à l'enfant, voyons ce que l'on doit entendre par vice de configuration, et quels sont ceux qui se rencontrent le plus souvent.

SECTION II.

On entend par *vices de configuration* toute conformation du bassin, qui, plus ou moins éloignée de celle que lui assigne le plus ordinairement la nature, nuit à l'heureuse et facile terminaison de l'accouchement, soit en s'opposant à l'issue de la tête de l'enfant à travers l'un ou l'autre détroit, soit en lui offrant un trop vaste passage, qui souvent est funeste à la mère et à l'enfant.

Cette définition établit deux classes de configuration, dans lesquelles se rangent tous les vices du bassin. Dans la première se trouvent ceux par excès d'amplitude; dans la seconde, ceux par étroitesse. La première distinction ne me paraît fondée que sous le rapport des circonstances plus ou moins défavorables qui peuvent accompagner l'accouchement. Comment croire que l'excès de capacité puisse nuire ou s'opposer au passage de la tête ? cela est contraire à toutes les règles de la géométrie. Si cependant on consulte l'expérience, on voit trop souvent, chez des femmes ainsi conformées, un accouchement prompt et facile avoir des suites les plus funestes.

Parmi les vices de configuration que présente le bassin, les uns en affectent la totalité; les autres, au contraire, n'altèrent que quelques-unes des parties. Les vices généraux du bassin sont très-rares;

ceux qui résultent de trop d'étendue sont moins dangereux que ceux qui dépendent de trop d'étroitesse. Ces derniers, heureusement très-rares, exigent presque toujours une opération dans laquelle les jours de la mère et de l'enfant sont en danger. Les vices partiels du bassin peuvent affecter le détroit abdominal, périnéal, le pubis et l'excavation même. Ceux qui attaquent le détroit supérieur sont plus fréquens; ils affectent presque toujours le diamètre sacro-pubien. Ils sont occasionnés par le rapprochement de la saillie sacro-vertébrale de la symphyse du pubis; cette dernière peut à son tour s'approcher de la saillie sacro-vertébrale, ou s'en éloigner, et former en avant un angle plus ou moins aigu. On cite des bassins, à la vérité extrêmement rares, dont ce diamètre n'avait d'étendue que douze lignes, et même six.

Les diamètres obliques, plus rarement viciés, peuvent le devenir, ou tous les deux à la fois, par le rapprochement des cavités cotyloïdes des symphyses sacro-iliaques, ou un seul d'entre eux par l'enfoncement d'une des cavités cotyloïdes. Pour le diamètre transversal, il est extrêmement rare d'y rencontrer quelques vices.

Au détroit périnéal mêmes désordres, mêmes vices de configuration. Ici c'est presque toujours le diamètre transversal qui se trouve en défaut par le rapprochement des deux tubérosités ischiatiques. Cependant le diamètre coccy-pubien peut être rétréci par trop de courbure du coccyx ou par sa soudure avec le sacrum, ou enfin par l'abaissement de la symphyse du pubis. On ne rencontre jamais de vices aux diamètres obliques de ce détroit.

La forme trop aplatie du sacrum, sa trop grande courbure, sont autant d'accidens qui peuvent vicier l'excavation du bassin.

L'arcade du pubis peut devenir trop basse par la longueur de la symphyse, ou trop rétrécie par le rapprochement des branches descendantes du pubis. Outre ces vices de configuration, on a observé des exostoses dans l'excavation du bassin, sur la saillie sacro-vertébrale, et sur l'arcade du pubis. On a vu l'ossification des ligamens sacro-sciatiques, quelquefois de toutes les symphyses.

La partie lombaire du rachis mérite une attention particulière; elle peut éprouver des déviations, soit à droite, soit à gauche, quelquefois en avant, plus rarement en arrière; une branche plus élevée peut changer l'axe du bassin.

Le rachitis et la siphilis sont les principales maladies qui donnent lieu aux vices de configuration du bassin. Le vice rachitique, surtout, attaque le plus souvent les os du bassin et les affecte d'une manière particulière, car, cette maladie survenant pendant l'enfance et lorsque les os n'ont pas encore acquis le degré de fermeté nécessaire pour supporter le poids du corps, il arrive que ces mêmes os s'affaissent sur eux-mêmes et changent plus ou moins de forme, selon le degré d'intensité de la maladie : aussi observe-t-on ordinairement que le détroit supérieur, et surtout son diamètre antéro-postérieur, souffrent le plus de cet affaissement; le sacrum, ne pouvant résister au poids qu'exerce sur sa base la colonne vertébrale, est obligé de faire une saillie en dedans ou en arrière, selon la direction des mouvemens du corps; pour lors on voit, le plus souvent, qu'à mesure que le sacrum fléchit en avant ou en arrière par sa base, sa pointe et le coccyx, qui lui est uni, sont obligés, et cela pour une raison purement mécanique, de suivre une marche absolument inverse. Voilà pourquoi il arrive si rarement que le détroit inférieur soit resserré, lorsque déjà il existe une étroitesse considérable au détroit supérieur. Après avoir indiqué les vices de configuration les plus communs, et avoir annoncé les maladies qui les occasionnent le plus souvent, passons aux obstacles qu'ils apportent à l'accouchement.

Les obstacles qui naissent du défaut de capacité, et les accidens qui en résultent s'annoncent plus tôt ou plus tard, suivant que la viciation affecte le diamètre abdominal ou périnéal, ou enfin l'excavation. Quand les deux détroits le sont à la fois, ce qui, à la vérité, est très-rare, les obstacles se manifestent avec le travail et durent jusqu'à la terminaison de l'accouchement.

Lorsque le détroit abdominal offre d'avant en arrière quatre

pouces moins un quart, trois pouces et demi, nul doute que l'accouchement pourra se terminer par les forces de la nature; seulement il faudra qu'à trois pouces et demi la femme fasse valoir ses douleurs, qu'elle les soutienne avec courage, et les aide de la contraction réunie de tous les muscles de son corps. Si ce diamètre n'a que trois pouces un quart, je pense que la tête d'un enfant à terme, dont le diamètre transversal est pour l'ordinaire de trois pouces et demi, ne pourra le franchir, à moins qu'elle ne s'allonge de l'occiput au menton, ou ne se déprime d'une bosse pariétale à l'autre; que les parties molles de la tête de l'enfant et celles qui recouvrent le bassin ne soient fortement comprimées. En supposant cette circonstance, la tête, aussitôt que les bosses pariétales auront franchi l'obstacle, se trouvant dans un espace plus étendu, traversera avec facilité le reste de la filière osseuse, et quelques douleurs suffiront pour terminer l'accouchement; à moins cependant que les parties molles n'offrent elles-mêmes de la résistance; ce qui ne manquera pas d'avoir lieu, si c'est un premier accouchement. Le travail ne se fera pas avec autant d'aisance si les deux détroits se trouvent en même temps viciés; la tête, après avoir surmonté les obstacles du détroit supérieur et s'y être comme moulée, descend dans l'excavation du bassin, et, y trouvant plus d'espace, reprend sa forme première, ou plutôt s'éloigne plus ou moins de celle qu'elle avait prise au détroit supérieur; l'utérus de nouveau est obligé de se contracter pour faire franchir à la tête le détroit inférieur également vicié. Les phénomènes se passeront dans cet ordre, si la femme conserve toujours ses forces et son courage; mais malheureusement on observe que trop souvent les forces expultrices de l'utérus se sont épuisées pour surmonter les obstacles du détroit abdominal; l'utérus, tombé dans un état d'inertie; la tête, descendue dans l'excavation, est arrêtée dans sa marche, y reste comme emboîtée, si l'art ne vient à son secours.

Lorsque le détroit inférieur est seul vicié, qu'il ne présente que trois pouces et demi, trois pouces un quart, on observe des

phénomènes dans un ordre opposé à ceux du détroit précédent. Ici le travail commence sous les plus heureux auspices, la poche des eaux de l'amnios bien formée, la tête dans une bonne position (c'est ce que nous supposons toujours), franchit sans grande difficulté le détroit abdominal : parvenue au détroit périnéal, elle est tout à coup arrêtée dans sa marche : alors l'utérus est obligé de doubler d'énergie pour lui faire franchir l'obstacle. Si les difficultés devenaient trop grandes, nous croyons qu'il serait prudent, avant que la femme se soit épuisée en efforts inutiles, de mettre en usage les moyens que nous indiquerons. Si le diamètre ne présente que trois pouces, et même moins, le plus souvent l'accouchement ne pourra se faire : il serait même dangereux pour la mère et l'enfant de trop tarder à mettre en usage les ressources de l'art.

Quant au diamètre coccy-pubien, n'a-t-il que trois pouces, trois pouces moins un quart par l'abaissement de la symphyse ou par le coccyx trop courbé, ou enfin par la soudure de ce dernier avec le sacrum, dans ce cas, les obstacles qui en résultent pour l'accouchement sont toujours très-grands, surtout quand il y a en même temps abaissement de la symphyse : alors les avantages de la rétropulsion du coccyx sont illusoires. En admettant que le rétrécissement ne soit pas trop considérable, que l'accouchement puisse avoir lieu, ce ne sera qu'en déchirant profondément le périnée; parce qu'en effet la tête de l'enfant, portée en arrière par l'abaissement de la symphyse, ne pourra franchir la vulve qu'en agrandissant la commissure postérieure. On devra avoir les mêmes craintes lorsque les deux tubérosités ischiatiques sont trop rapprochées. Dans cette circonstance, les forces de l'utérus se portent toutes sur l'obstacle, les parties molles extérieures n'éprouvent point de distension, si l'obstacle vient à être franchi ; le périnée, contre lequel la tête vient s'arc-bouter, se déchire. On pourra remédier à cet accident par quelques moyens que nous indiquerons.

Les obstacles à l'accouchement que les vices de l'excavation présentent tiennent ou au trop grand aplatissement du sacrum, qui

diminue toujours l'étendue d'avant en arrière, ou à la saillie d'une seule ou des deux cavités cotyloïdes. Dans ce cas, la tête est empêchée d'exécuter son mouvement de rotation; elle peut même, trop fortement poussée par les contractions de l'utérus, se présenter transversalement, s'arrêter dans l'excavation, et s'y enclaver: alors l'accouchement devient physiquement impossible par les forces de la nature.

Les déviations de la colonne épinière sont aussi la source de grands obstacles à l'accouchement. Si le rachis se porte à droite, l'utérus s'inclinera du côté gauche, et *vice versâ*. Si la déviation est en avant, l'utérus, poussé par cette saillie, sera déjeté de l'un ou de l'autre côté, ou se portera en avant et formera une grossesse en besace, si les parois abdominales sont relâchées. Dans toutes ces obliquités, le fœtus prendra nécessairement une mauvaise position au détroit supérieur, ce qui entravera la marche naturelle de l'accouchement, qui peut même devenir impossible; car les contractions de l'utérus ne tendront qu'à augmenter la mauvaise position; de là la nécessité où l'on sera d'exécuter différentes manœuvres pour effectuer l'accouchement. Je ferai remarquer, avant de terminer cet article, que l'étroitesse du bassin n'amène pas toujours l'impossibilité de l'accouchement. Les diamètres peuvent être rétrécis d'un côté; mais de l'autre, conservant sa conformation naturelle, et la tête s'y présentant dans une situation favorable, pourra lui permettre de s'engager, et l'accouchement se faire très-facilement. Dans ces cas très-heureux et très-rares, le médecin doit-il abandonner la nature à ses forces? Il devra, avec tous les soins possibles, examiner les dimensions du bassin pour s'assurer de leur étendue: suivant qu'il les trouvera plus ou moins viciés, confier l'accouchement aux forces de la femme, ou enfin employer les moyens que lui suggérera la circonstance. Après avoir parlé des obstacles, des vices par défaut de capacité, je passe aux accidens de ceux par excès d'amplitude.

On ne saurait regarder, sans être dans l'erreur, le bassin le plus

spacieux comme le plus propre et le plus heureusement conformé pour l'accouchement ; il est la source de beaucoup d'obstacles ; il expose la femme à une foule d'accidens, qui ont lieu, non-seulement pendant le travail, mais encore pendant le cours de la grossesse. Pour s'en convaincre, il suffit de suivre l'utérus dans son développement. Dans les trois premiers mois, il est situé profondément dans le petit bassin, qui le renferme en totalité : privé d'appui solide, en quelque sorte libre et flottant dans cette cavité, il pourra survenir, si la femme a coutume d'aller en voiture, à cheval, au bal, une chute de l'utérus, une antéversion ou une rétroversion, enfin une obliquité à droite ou à gauche. Si la femme, pendant les premiers mois de la grossesse, évite ces premiers dangers, il peut en survenir de plus graves par le développement de l'utérus. En effet, pendant les derniers mois de la grossesse, la matrice se développe dans l'abdomen ; mais le détroit supérieur présentant trop de largeur, ne lui offre pas un appui solide ; elle s'y engage comme un espèce de coin, comprime la vessie et le rectum, et occasionne une rétention d'urine et un ténesme opiniâtres. Cette circonstance est encore accompagnée d'engorgement des membres abdominaux, de douleurs dans les cuisses, et de bouffées de chaleur au visage.

Les accidens qui surviennent pendant l'acccouchement sont, la chute de la totalité de l'utérus au moment où la tête fait effort pour dilater l'orifice, ou le renversement de cet organe par l'expulsion trop prompte du fœtus. Ce cas est presque toujours suivi d'une hémorrhagie considérable.

Je viens de faire ressortir les défauts de configuration et les obstacles qui peuvent entraver la marche de l'accouchement ; voyons actuellement les moyens qu'on doit y opposer. On peut les diviser, 1.° en ceux à l'aide desquels on devra terminer l'accouchement avec des instrumens non offensans (la main et le forceps) ; 2.° ceux où on est obligé de se servir de l'instrument tranchant pour diviser les

parties de la mère (la symphysotomie et gastro - hystérotomie) ; souvent, dans ce cas, on est obligé de mettre en usage en même temps les moyens précédens ; 3.° ceux enfin où l'instrument offensant est porté sur l'enfant mort dans le sein de sa mère (céphalotomie).

SECTION III.

Lorsque l'accoucheur s'est assuré, soit par le toucher, soit par les instrumens que nous avons indiqués, qu'il existe chez une femme qui ressent les douleurs de l'accouchement un vice de configuration du bassin, il doit s'attacher aussitôt à bien connaître le siége et le degré de viciation, et combiner les moyens qu'il doit mettre en usage pour terminer l'accouchement. Il ne doit aussi jamais oublier, dans ces cas difficiles, d'encourager la femme, de la rassurer sur son état, et de lui promettre une délivrance prochaine. Par ce moyen, la femme redouble d'efforts, l'accoucheur gagne du temps, et quelquefois, dans ces cas désespérés, la nature, qui connaît souvent mieux que nous le genre de moyens qu'il convient d'employer, opère seule l'accouchement, et de la manière la plus avantageuse. C'est ainsi que j'ai vu à Rennes, il y a environ six ans, une femme dont le bassin était vicié souffrir pendant plusieurs jours des douleurs atroces et faire craindre pour sa vie, lorsqu'au bout de ce temps elle accoucha toute seule d'un enfant avec une tête volumineuse. — Dans le premier degré d'étroitesse du détroit supérieur, c'est-à-dire lorsque le bassin n'a d'avant en arrière que quatre pouces moins un quart, les moyens les plus simples suffisent pour opérer l'accouchement : ainsi les fomentations, les fumigations émollientes, les bains de siége, les frictions sur la région de l'utérus, produisent de très-bons effets, et épargnent souvent à la femme des manœuvres douloureuses. Ces moyens sont surtout efficaces lorsque les parties externes de la génération offrent de la résistance. Mais si l'étroitesse est plus con-

sidérable, si le bassin n'offre que trois pouces et demi, trois pouces un quart, et que d'autre part la femme ne jouisse pas d'une force très-prononcée, faudra-t-il, comme quelques auteurs le conseillent, aller chercher les pieds pour terminer l'accouchement; ou bien, comme d'autres le veulent, attendre des ressources de la nature, ou enfin appliquer le forceps? Nous pensons, comme le plus grand nombre des praticiens, que ce dernier moyen est préférable, et même très-souvent indispensable; dans le dernier cas surtout, si la tête est déjà engagée au détroit supérieur, et que la femme s'est épuisée en efforts inutiles. Qui ignore d'ailleurs combien on éprouve de difficulté à retourner un enfant chez une femme dont le bassin est rétréci, et si surtout les eaux de l'amnios sont écoulées depuis long temps. A combien de dangers la mère et l'enfant sont exposés! le premier, par les funestes effets de l'extension et des tiraillemens de la moelle épinière, ainsi que par la luxation du cou et de la tête, qui sont presque toujours la suite des tractions faites sur le tronc pour vaincre l'obstacle; la seconde, par l'introduction de la main et de la presque totalité du bras dans l'utérus. Ceux, au contraire, qui comptent sur les ressources de la nature ne s'exposent-ils pas à voir la femme, après une vive agitation et des mouvemens convulsifs, tomber dans une faiblesse extrême. Malgré la prévention qu'ont presque toutes les femmes pour le forceps, nous croyons qu'il mérite la préférence. *Beaudelocque* le conseille lorsque le bassin n'a que trois pouces, trois pouces moins quelques lignes, quoique dans ce dernier cas on l'ait vu avoir des suites très-fâcheuses par la pression qu'il exerçait sur la tête de l'enfant : on s'en sert encore lorsque les pieds et le tronc étant sortis, les tractions sont insuffisantes pour extraire la tête. Lorsqu'au contraire, le diamètre est au-dessous de trois pouces moins un quart d'avant en arrière, l'accouchement devient non seulement impossible par les forces de la nature, mais le forceps lui seul ne peut le terminer. Si on a cité des exemples du contraire, c'était dans

cette heureuse circonstance où la tête, étant peu volumineuse, pouvait, par la compression du forceps, s'engager dans la filière osseuse. Outre les quatre lignes d'épaisseur du forceps qui diminueraient encore l'étendue de ce diamètre, qui ignore les difficultés qu'on éprouverait à l'introduire et à l'appliquer sur les parties latérales de la tête au-dessus du détroit supérieur ? En supposant qu'on pût y parvenir, ne serait-il pas impossible de faire passer cet instrument et la tête par un bassin aussi rétréci ? Nous pensons donc que le seul moyen de sauver la mère et l'enfant sera de pratiquer la section de la symphyse du pubis. Si l'on se rappelle que le petit diamètre de la tête de l'enfant est pour l'ordinaire de trois pouces et demi ; que la base du crâne n'a le plus souvent que trois pouces ; que, d'après les expériences de M. *Thouret*, on obtient une réduction de six lignes par le rapprochement des os de la voûte ; que l'écartement d'un pouce, un pouce et demi des pubis nous donnera trois lignes à ce diamètre, il sera aisé de voir que ses avantages, joints à la facilité où l'on est d'engrener une des bosses pariétales entre les pubis, pourront faire tenter cette opération lorsque ce diamètre conservera encore deux pouces et demi. Pour que l'opération de la symphysotomie soit couronnée du succès, l'écartement ne doit pas dépasser un pouce et demi ; chez quelques femmes, deux pouces. Je suis loin de partager l'opinion de certains auteurs qui prétendent qu'on peut sans danger porter l'écartement à deux pouces et demi, trois pouces. Les expériences répétées de *Beaudelocque* ont démontré que l'on ne peut arriver à ce degré sans causer le déchirement des symphyses sacro-iliaques. Quand le diamètre de ce détroit n'offre d'étendue que deux pouces et demi, deux pouces moins un quart, comme plusieurs fois *Beaudelocque* l'a rencontré, devrait-on faire la symphysotomie ? L'expérience a prouvé qu'on n'obtiendrait l'écartement nécessaire au passage de la tête qu'en déchirant les symphyses sacro-iliaques. Ainsi donc, toutes les fois que l'étroitesse du bassin sera portée au-dessous de

deux pouces et demi ; l'opération césarienne est seule capable de procurer la sortie de l'enfant.

Nous avons vu précédemment que les vices de conformation peuvent affecter les diamètres obliques. Le rétrécissement peut être porté à différens degrés, et le rachitisme donne quelquefois au bassin une forme si bizarre, qu'il est presque impossible de la décrire. Le plus souvent ce rétrécissement est produit par l'enfoncement d'une ou des deux cavités cotyloïdes. Dans ce cas, l'occiput venant à s'arc-bouter sur cette éminence osseuse, les contractions de l'utérus portant sur le front, mettent la tête dans une position diagonale, et arrête la marche de l'accouchement. Si le bassin est trop étroit, il peut même survenir enclavement. Dans le premier cas, des moyens simples peuvent y remédier ; on refoule la tête du côté opposé à l'obstacle, on se borne ensuite à soutenir le front pendant les premières contractions de l'utérus, et la tête plonge facilement. Si ce moyen ne suffisait pas, on pourrait appliquer le levier sur l'occiput, et refouler de l'autre main le front pendant quelques contractions. Enfin, si ces efforts étaient vains, l'application du forceps terminerait l'accouchement. Si, comme nous l'avons dit, les deux cavités cotyloïdes font saillie dans ce cas, heureusement très-rare, si le forceps était insuffisant, je crois que la symphysotomie pourrait être utile pour terminer l'accouchement. Enfin, dans ces bizares conformations à la suite du rachitisme, l'accouchement n'est guère possible que par l'opération césarienne, aussi-bien que dans le cas où le vice précédent serait très-prononcé.

Le diamètre transversal est très-rarement vicié, et je ne sache pas qu'il ait été porté à un degré de rétrécissement tel qu'il puisse empêcher l'accouchement. Si cependant on admet qu'il puisse être réduit à quatre pouces, je pense que l'on pourrait éviter l'opération de la section de la symphyse, et même l'application du forceps, en ayant recours au levier, qui, appliqué sur l'occiput, fléchirait

fortement la tête sur la poitrine. Mais si le rétrécissement était porté très-loin, il faudrait pratiquer une des deux grandes opérations, la symphysotomie ou la gastro-hystérotomie, suivant le degré d'étroitesse.

Les vices de configuration du détroit inférieur sont moins fréquens et moins dangereux; les moyens qu'on y oppose, plus faciles dans leur application que ceux qu'on applique au détroit abdominal. Lorsque le diamètre coccy-pubien n'offre que quatre pouces, y compris la rétropulsion du coccyx, l'accouchement devient difficile : la femme peut encore se délivrer en redoublant d'efforts. Mais si la rétropulsion ne se fait pas à cause de sa soudure, ou si, quoique fracturé et repoussé en arrière, ce diamètre offrait moins de quatre pouces d'étendue, on devra avoir recours à l'application du forceps. Si les branches du pubis sont trop rapprochées l'une de l'autre, l'occiput ne peut se placer sous la symphyse, les contractions de la matrice portent alors sur le front, l'occiput se réfléchit sur la nuque, et l'enfant tend à sortir par la face, ce qui est impossible. Quelles ressources l'art peut-il offrir dans cette occasion? Si le rétrécissement n'était pas très-considérable, l'application du levier sur l'occiput pourrait, en ramenant la tête à sa direction naturelle, faciliter sa sortie; si ce moyen était insuffisant, on appliquerait le forceps. Si l'on suppose un grand rétrécissement de l'arcade, la symphysotomie peut rendre l'accouchement possible.

Lorsque le diamètre ischiatique n'aura que trois pouces et demi, trois pouces un quart, les forces de la nature, jointes à la facilité qu'a la tête de se laisser déprimer sur les parties latérales, pourront terminer l'accouchement; mais si ce diamètre n'offre d'étendue que trois pouces, trois pouces moins un quart, il faudra appliquer le forceps. Si le rétrécissement est au-dessous de cette étendue; s'il n'offre que deux pouces et demi, le forceps ne pourra terminer l'accouchement; on devra de toute nécessité pratiquer l'opéra-

tion de la symphyse, qui sera d'autant mieux indiquée, que, vu la forme de ce bassin, tout l'écartement des pubis sert à l'agrandissement du diamètre. Si le détroit supérieur était aussi vicié, l'art, dans ces circonstances fâcheuses, n'ayant point d'autre ressource à opposer que la symphysotomie, on pourra, je pense, la tenter dans les plus grands rétrécissemens de ces diamètres.

L'excavation du bassin peut être viciée par le défaut de courbure du sacrum, ou par une exostose survenue accidentellement. Le défaut de courbure du sacrum donne presque toujours lieu à l'enclavement. Le contact n'existe que dans certains points de la circonférence de la tête, toujours entre le pubis et le sacrum. Dans tous les cas d'enclavement, la tête n'est pas située de la même manière entre ces deux points. Tantôt c'est suivant son épaisseur, tantôt suivant sa longeur. Dans le premier cas, ce sont les bosses pariétales qui sont prises entre le pubis et le sacrum. Dans le second, c'est le front et l'occiput qui sont resserrés entre ces deux points. Pour que ce dernier enclavement puisse avoir lieu au détroit supérieur, il faut que le bassin n'offre d'avant en arrière que trois pouces et demi trois pouces un quart; au-dessous, il devient impossible. Ainsi donc, la tête enclavée comme nous venons de le dire, peut présenter, tantôt l'occiput, tantôt le front vers le pubis. Dans l'un et l'autre cas, les points de contact existent en avant et en arrière, mais les côtés du bassin sont libres. L'accoucheur, dans cette circonstance, devra tenter de refouler la tête, et la ramener à sa position naturelle. S'il n'y parvient pas, il devra sur-le-champ s'armer du forceps, et l'appliquer sur les parties latérales de la tête. Il aura soin de ne pas l'attirer dans la position où elle se présente; mais il lui donnera, après lui avoir fait exécuter divers mouvemens latéraux, et l'avoir refoulée au-dessus du détroit supérieur, une position transversale. De cette manière il détruira les points de contact, et terminera facilement l'accouchement, si le reste de la filière présente son étendue ordinaire.

Quant à l'enclavement, suivant l'épaisseur de la tête, il ne pourra avoir lieu au détroit supérieur qu'autant que le bassin offrira trois pouces d'arrière en avant. Si l'enfant est vivant, on doit, comme le conseille *Smellie*, tenter de repousser la tête avec la main pour placer ensuite le forceps sur ses parties latérales ; ce qui serait impossible tant que l'enclavement subsisterait. Le plus souvent on parviendra à la placer au-dessus du détroit : mais si on ne peut venir à bout de la désenclaver, il est à présumer que les efforts nécessaires pour produire un enclavement aussi exact auraient donné la mort à l'enfant, sortout si depuis long-temps le travail était commencé. On pratiquerait une ponction au crâne, afin de le vider pour réduire le diamètre de la tête ; ce qui permettrait sa sortie au moyen d'un crochet. Dans le cas où on aurait été à la recherche des pieds, ou que ceux-ci se fussent présentés, si quelque sage-femme ou quelque accoucheur peu instruit avait exercé inutilement de fortes tractions, il faudrait tenter d'abord d'appliquer le forceps. Si l'enfant est mort, et qu'il soit tout-à-fait impossible d'appliquer le forceps, on vide le crâne pour le réduire. Mais je suppose, si l'on rencontrait un cas d'enclavement où la tête d'un enfant vivant fût tellement resserrée entre les deux protubérances pariétales, qu'il fût impossible de faire cesser avec la main les points de contact, peut-on placer une branche du forceps sur l'occiput et l'autre sur la face ? *Beaudelocque* conseille cette manœuvre ; et il nous semble qu'elle n'a que l'inconvénient de meurtrir la face. Cet accident est léger auprès d'un obstacle qui ne pourrait être vaincu que par la symphysotomie, opération sanglante, et toujours plus dangereuse pour la mère que l'application du forceps. Lorsqu'on est réduit à la nécessité de suivre la méthode dont il s'agit, il convient de changer la situation des branches de l'instrument aussitôt que la tête a franchi l'obstacle, et de les placer alors sur les oreilles pour ramener l'occiput sous le pubis, et terminer l'accouchement comme à l'ordinaire.

Si la déviation de la colonne vertébrale a donné à l'utérus des inclinaisons vicieuses, la position de la femme suffit le plus souvent pour ramener l'axe de l'utérus à celui du détroit supérieur. Quelquefois on est obligé de soutenir cet organe avec une main appliquée sur les parois abdominales, d'introduire l'autre dans le vagin, pour ramener le col de l'utérus au centre du vagin.

Nons avons regardé précédemment la trop grande amplitude du bassin comme un vice de configuration ; nous avons exposé les accidens auxquels elle donne lieu. Voyons actuellement les moyens qu'on y oppose. Si, pendant les trois premiers mois de la grossesse il est survenu une chute de l'utérus, on le refoule dans l'intérieur, et on le soutient par un pessaire. Dans le cas d'antéversion, on introduit deux doigts dans le vagin, au-devant du col de l'utérus, pour relever son fond. Pour la rétroversion, on introduit les doigts entre le sacrum et la paroi postérieure de la matrice; on refoule le corps comme dans le cas précédent ; on condamne ensuite la femme à un repos absolu. Il est presque impossible de prévenir les accidens qui surviennent pendant les derniers mois de la grossesse : mais on y remédie en procurant la sortie des urines au moyen de la sonde. On combat le ténesme par les lavemens répétés ; on ne peut empêcher l'engorgement des membres abdominaux qu'en recommandant à la femme de ne point se tenir trop longtemps debout. Pendant le travail de l'accouchement, il faut empêcher que l'utérus ne soit poussé avec l'enfant ; ainsi on dira à la femme de modérer les contractions ; on ralentira la marche de l'accouchement en soutenant la tête. Ce moyen empêchera encore que l'expulsion trop prompte du fœtus ne donne lieu au renversement de l'utérus ou à des hémorrhagies souvent mortelles.

Je termine ici ma dissertation ; ai-je rempli la tâche que je m'étais imposée ? Non, sans doute, car il n'appartient point à un jeune homme qui sort de dessus les bancs de traiter une question à